|  |  |
| --- | --- |
| **UFPB color** | **UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  **CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA** |

**RELATÓRIO DE ATIVIDADE DE ESTUDOS ESPECIAIS**

João Pessoa, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

Para: Coordenação do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/CCS/UFPB

Prezado(a) Coordenador(a) do PPGSC/CCS/UFPB:

Nome do(a) discente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do(a) orientador(a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Solicitamos apreciação do **RELATÓRIO PARA A ATIVIDADE DE ESTUDOS ESPECIAIS**, conforme exposto abaixo e de acordo com a Resolução Nº 09/2018 do CONSEPE/UFPB.

|  |
| --- |
| **Descrição detalhada da atividade realizada, estudo ou produção desenvolvida:** |
|  |
| **Justificativa (relevância para a formação do/a mestrando/a e pertinência/adequação a área de concentração e a linha de pesquisa):** |
|  |
| **Parecer do(a) orientador(a)** |
|  |
| **Nota do(a) orientador(a)** |
|  |

Nestes termos, peço deferimento.

Ciente e de acordo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) orientador(a)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) discente